Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Staat van de Gezondheidszorg 2013

Op weg naar aantoonbaar verantwoord functionerende beroepsbeoefenaren in de zorg

Utrecht, december 2013

IGZ13-49

Inhoud

“Waar angst regeert, wordt niet geleerd”

Ronnie van Diemen-Steenvoorde,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

Doel

Investeren in de kwaliteit van zorgprofessionals komt de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid ten goede en is cruciaal om disfunctioneren te voorkomen. Sturen op verantwoord functioneren staat daarom in de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) 2013 centraal. Dit is primair de verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren en bestuurders. Deze SGZ beschrijft welke waarborgen minimaal noodzakelijk zijn om te sturen op functioneren en disfunctioneren te voorkomen.

Veld in beweging

Verschillende veldpartijen zijn bezig om ‘sturen op functioneren’ te concretiseren. Een paar voorbeelden: fysiotherapeuten, verloskundigen, huisartsen en apothekers werken met accreditatie en certificatie, tandartsen werken met de monitor mondzorg, specialisten ouderengeneeskunde voeren visitatie in, de ambulancezorg vervolmaakt het systeem van assessments (prof checks), de medische staven van een ziekenhuisgroep voeren levensloopgericht carrièrebeleid in. En de Orde van Medisch Specialisten heeft een visie op optimaal functioneren gepubliceerd en combineert daarin verschillende instrumenten en benoemt verantwoordelijkheden.

Governance

In zorginstellingen is de bestuurder verantwoordelijk voor een systeem om te sturen op het functioneren van medewerkers. Dat geldt niet alleen voor BIG-geregistreerden, maar voor alle medewerkers.

Naast het sturen op functioneren is van belang dat er adequaat wordt gehandeld als iemand (tijdelijk) minder functioneert. Dat kan zijn door volgens een vaststaand protocol in te grijpen, of bijvoorbeeld te werken met een herstelprogramma.

Solisten

Ook solistisch werkende beroepsbeoefenaren moeten deelnemen aan intercollegiale toetsing en aantoonbaar werken aan het voortdurend verbeteren van hun competenties. Wanneer een solist minder gaat functioneren, hebben collega’s wel degelijk een verantwoordelijkheid om te acteren, onafhankelijk van de vorm waarin de samenwerking plaatsvindt.

Rol inspectie

De Inspectie voor de Gezondheidszorg wil met dit visiedocument aansluiten bij de positieve ontwikkelingen in het veld. De verantwoordelijkheid van bestuurders neemt de inspectie mee in haar risicotoezicht.
Het optreden bij mogelijk disfunctioneren ziet de inspectie als sluitstuk. Zij neemt maatregelen als sprake is van disfunctioneren en er risico’s voor patiënten kunnen optreden: een situatie die voorkomen had moeten worden door professionals zelf, hun collega’s en bestuurders.

1 Verantwoording afleggen over eigen functioneren: cultuurverandering in zicht

Maatschappelijk debat

Wat betekent de professionele verantwoordelijkheid voor beroepsbeoefenaren in de zorg? Daarover is zowel in de zorg zelf als in de samenleving als geheel een discussie gaande, mede naar aanleiding van een aantal casus waarbij het functioneren van artsen en verpleegkundigen, afdelingen of hele locaties centraal stond. Uit de discussie blijkt dat men van beroepsbeoefenaren in de zorg niet alleen verwacht dat ze medisch en zorginhoudelijk verantwoord handelen, maar ook dat ze goed communiceren en samenwerken met alle betrokkenen (patiënten en cliënten, collega's, ketenpartners). Steeds meer mensen – zowel medici als niet-medici – vinden het vanzelfsprekend dat beroepsbeoefenaren in de zorg reflecteren op hun eigen functioneren en zich toetsbaar opstellen omdat dit belangrijk is voor de kwaliteit van de zorg. Dat erover gediscussieerd wordt, betekent dat het nog geen staande praktijk is. Maar het is ook een teken dat er een cultuurverandering op gang komt die de inspectie noodzakelijk acht voor het vergroten van de patiëntveiligheid.

Voorkomen van disfunctioneren speerpunt van de inspectie

Dat een cultuurverandering nodig is, constateert de inspectie ook als zij onderzoek doet na meldingen over onverantwoorde zorg door disfunctionerende professionals of afdelingen[a]. Vrijwel altijd blijkt dat de directe omgeving al veel eerder merkte dat een beroepsbeoefenaar niet goed functioneerde. Als beroepsbeoefenaren dit zelf niet onderkennen en collega's of de instelling niet tijdig ingrijpen, dan staan patiënten of cliënten onnodig bloot aan risico's. Naar schatting disfunctioneert 1 tot 5 procent van de 1.300.000 mensen die in de zorg werken. Voorkomen dat iemand echt gaat disfunctioneren, is voor de patiëntveiligheid noodzakelijk. Daarom is het voorkómen van disfunctioneren een van de speerpunten in het meerjarenbeleid[1] van de inspectie.

Verantwoordelijkheid ligt bij het veld

De primaire verantwoordelijkheid om disfunctioneren te voorkómen en adequaat te reageren op signalen, ligt bij instellingen, beroepsbeoefenaren en beroepsorganisaties. De inspectie ziet er vanuit haar toezichthoudende taak op toe dat instellingen en beroepsbeoefenaren hun verantwoordelijkheid hierin nemen.
De inspectie kan tijdens het reguliere toezicht nagaan in hoeverre zicht is op het functioneren van de beroepsbeoefenaren. Daarnaast moeten betrokkenen bij een melding kunnen aantonen hoe zij de patiëntveiligheid geborgd hebben en welke maatregelen zijn getroffen om het functioneren van een beroepsbeoefenaar of afdeling te volgen en te verbeteren. De praktijk wijst uit dat beroepsbeoefenaren en instellingen regelmatig niet in staat zijn hierover verantwoording af te leggen; een adequate en transparante aanpak ontbreekt dan. De reflectie op het eigen handelen is nog niet vanzelfsprekend.

De Orde van Medisch Specialisten heeft het initiatief genomen om een visie op optimaal functioneren uit te brengen. In de visie staat sturen op goed functioneren centraal en het biedt tegelijkertijd goede handvatten om disfunctioneren te voorkomen en tijdig verbetermaatregelen in te zetten. Beroepsbeoefenaren en afdelingen kunnen met een dergelijke aanpak verantwoorden dat zij hun beroep verantwoord uitoefenen. De inspectie steunt de implementatie van deze visie en verwacht dat deze aanpak voor andere beroepsorganisaties een inspirerend voorbeeld is dat snel navolging verdient. Bekend is dat de professionals in de langdurige zorg minder goed of niet georganiseerd zijn, denk bijvoorbeeld aan de begeleiders in de gehandicaptenzorg. In deze situaties heeft de bestuurder een extra verantwoordelijkheid om het professionele handelen op peil te houden. Dit geldt temeer omdat in deze sector relatief veel niet-BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren werkzaam zijn.

Doel van deze Staat van de Gezondheidszorg

De inspectie wil beroepsbeoefenaren, instellingen en beroepsverenigingen met deze Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) stimuleren om te sturen op functioneren en effectieve maatregelen te treffen om disfunctioneren te voorkómen en daarmee de patiëntveiligheid te borgen. Dit document beschrijft wat minimaal noodzakelijk is om te sturen op functioneren en disfunctioneren te voorkómen. Een integrale visie van de instelling of beroepsgroep gericht op verantwoord functioneren, biedt hiertoe de aanknopingspunten. Voor deze SGZ is geput uit (internationale) literatuur en casestudies over disfunctioneren en bewezen effectieve verbetermaatregelen. Daarnaast heeft overleg plaatsgevonden met beroepsorganisaties en koepels.
Deze SGZ eindigt met te ondernemen acties en ontwikkelingen in het handhavingsbeleid die het doel om te sturen op functioneren ondersteunen.

[a] Of locaties, teams of vakgroepen. Voor de leesbaarheid wordt dit verder niet herhaald.

2 Beroepscompetenties als graadmeter voor beoordelen functioneren

Omvang van disfunctioneren in Nederland niet bekend

Er zijn geen exacte cijfers bekend over het percentage beroepsbeoefenaren in de zorg dat disfunctioneert. Naar analogie van andere professies schatten deskundigen dat in de zorg 1 tot 5 procent van alle beroepsbeoefenaren disfunctioneert.[2] Buitenlandse onderzoeken geven vergelijkbare schattingen over disfunctioneren in de zorg.[3] Weliswaar worden in Nederland (tucht)klachten en claims geregistreerd, maar deze gaan vooral over incidenten, terwijl disfunctioneren gaat over structureel tekortschietende beroepscompetenties al dan niet resulterend in onverantwoorde zorgverlening (zie het kader voor de definitie). Onderstaande nieuwe definitie sluit goed aan bij de ontwikkeling van competentieprofielen binnen vrijwel alle beroepsgroepen en voorkomt dat te eenzijdig wordt gekeken naar de specifieke vakinhoudelijke competenties.

Definitie disfunctioneren
De inspectie hanteert de volgende definitie van disfunctioneren:
Disfunctioneren is een (veelal) structurele situatie van tekortschietende beroepscompetenties of onverantwoorde zorgverlening waarin patiënten worden geschaad of het risico lopen te worden geschaad en waarbij de betreffende beroepsbeoefenaar niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen.

Beroepscompetenties graadmeter om functioneren te beoordelen

Er is een glijdende schaal tussen verantwoord functioneren en evident disfunctioneren. Om te beoordelen in hoeverre iemand goed functioneert, zijn beroepscompetenties een belangrijke graadmeter.

De meeste beroepsorganisaties hebben de voor hen benodigde competenties beschreven op basis van de CanMEDS[b], die beschrijven op welke zeven competentiegebieden een beroepsbeoefenaar bekwaam moet zijn. Naast zorginhoudelijk handelen gaat het om communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit.

De meeste opleidingen zijn inmiddels gebaseerd op deze competenties. Aan het eind van een opleiding wordt getoetst of iemand aan alle beroepscompetenties voldoet. Dit gebeurt echter niet meer structureel tijdens het werkzame leven van een beroepsbeoefenaar en toetsing op alle beroepscompetenties maakt doorgaans geen deel uit van visitaties of de herregistratie. Bij andere risicovolle beroepen, zoals in de luchtvaart, is dit anders. Piloten moeten periodiek aantonen dat ze competent zijn om te mogen blijven vliegen.

[b] De term CanMEDS staat voor Canadian Medical Education Directives for Specialists.

Samenspel van factoren als oorzaak disfunctioneren

De inspectie constateert bij meldingenonderzoek dat tekortkomingen in de communicatie en de samenwerking vaak belangrijke basisoorzaken zijn bij disfunctioneren. Dit geldt ook voor afdelingen of teams. Uit onderzoek naar incidenten en zorggerelateerde schade blijkt dat slechte samenwerking in en tussen teams een relatief veel voorkomende oorzaak is van suboptimale zorg.[4,5,6,7]

Disfunctioneren is vaak een samenspel van factoren: een beroepsbeoefenaar scoort dan onvoldoende op meerdere competenties. Risicofactoren zijn grofweg in drie categorieën onder te verdelen: individueel (gedrag, gezondheid), gerelateerd aan de werkomgeving of -context en gerelateerd aan kennis en vaardigheden.

Er zijn situaties waarin volgens de inspectie altijd sprake is van onprofessioneel handelen en onverantwoorde risico's voor de patiëntveiligheid. Dat betekent overigens niet dat de betreffende beroepsbeoefenaren hun vak nooit meer mogen uitoefenen, maar wel dat maatregelen direct noodzakelijk zijn. Voorbeelden zijn:
– Seksueel grensoverschrijdend gedrag. Dit mag nooit voorkomen.[8]
– Gebruik van bewustzijnsbeïnvloedende middelen voor of tijdens het werk.
– Somatische of psychische aandoening, waaronder verslaving, waardoor een beroepsbeoefenaar de patiëntveiligheid niet langer kan borgen.

Zorgvuldige en transparante procedures zijn positieve ontwikkeling

De risico's van disfunctioneren voor patiënten staan bij veel beroepsgroepen op de agenda. Dat leidde tot initiatieven zoals de ontwikkeling van protocollen voor de aanpak van vermeend disfunctioneren die door instellingen gebruikt kunnen worden. Hierdoor is zowel voor de instelling als de beroepsbeoefenaar helder welke procedure doorlopen wordt om te onderzoeken of wel of geen sprake is van disfunctioneren. Onderzoek laat zien dat helderheid over de aanpak veel kou uit de lucht kan halen, omdat de schijn van willekeur wordt vermeden en alle partijen weten waar ze aan toe zijn.[9]

3 Focus op verantwoord functioneren en verbetering

Focus op verantwoord functioneren en verbetering

De cultuuromslag naar het voortdurend willen verbeteren van de beroepsuitoefening is de noodzakelijke voorwaarde om disfunctioneren te voorkómen.

Primair is het de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar zelf om goed te functioneren. De focus moet liggen op voortdurend willen verbeteren. Hiervoor is een cultuur nodig waarin collega's elkaar durven te bevragen over gemaakte keuzes, en elkaar kunnen aanspreken als ze signalen oppikken dat er iets niet goed gaat.
Uit internationaal onderzoek blijkt dat collega's veel eerder bereid zijn om te melden dat ze zich zorgen maken over iemands functioneren, als ze weten dat die melding leidt tot hulp en niet tot disciplinaire maatregelen.[10] Ook voor de beroepsbeoefenaar in kwestie is de focus op verbetering in plaats van op straf belangrijk om te accepteren dat er iets moet gebeuren. Met de juiste hulp kunnen minder goed functionerende beroepsbeoefenaren zich veilig verbeteren en zo behouden blijven voor de zorg.
In een organisatie –maar ook daarbuiten – moet het elkaar aanspreken de norm zijn. Waar *blame free* bespreken van functioneren de norm is, zullen mensen zich eerder vrij voelen om hun zorgen te uiten over het functioneren van collega's.

Effectiever inzetten bestaande functioneringsinstrumenten

Voor het versterken van de gewenste cultuur van voortdurend verbeteren zijn al veel kwaliteitsinstrumenten of randvoorwaarden beschikbaar, bijvoorbeeld visitaties, collegiale en groepsbeoordelingen en periodieke herregistratie. De inzet hiervan moet dan wel op cruciale punten worden aangepast. Toetsing door vakgenoten en collega's is uitgangspunt, waarbij beroepsbeoefenaren zich transparant en toetsbaar opstellen, en bereid zijn te leren en zichzelf te verbeteren.[c]
Dat is niet vrijblijvend. Als uit een IFMS/GFMS[d] of visitatie[e] een verbeterprogramma voortvloeit, kan een beroepsbeoefenaar of afdeling dat niet zonder consequenties negeren. Wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen krijgen een centrale rol als bewaker van de kwaliteit van visitaties. Bij hen ligt ook de taak voor het ontwikkelen van verbeterprogramma's voor individuele beroepsbeoefenaren, maar de uitvoering gebeurt onder verantwoordelijkheid van de bestuurder. Het sturen op functioneren leidt dan tot een aanpak om tijdig signalen van verminderd functioneren te verbinden aan het treffen van verbetermaatregelen.
Visitaties en functioneringsinstrumenten[f] moeten door vakgroepen (of afdelingen/teams/locaties) beter gebruikt worden om ontwikkelpunten te benoemen en te volgen zowel voor individuele beroepsbeoefenaren als voor de afdeling. De groep heeft ook een collectieve verantwoordelijkheid. Deze functioneert zo goed als de zwakste schakel, dus voor een goed resultaat van de hele groep is het belangrijk om ervoor te zorgen dat iedereen goed functioneert.
Als iedereen verplicht moet deelnemen aan visitaties, is het nog belangrijker dat de kwaliteit ervan verbetert en bijvoorbeeld standaard multidisciplinair is én consequenties heeft voor het behouden van de bevoegdheid om een beroep uit te oefenen. Net als de Orde pleit de inspectie voor meer inhoudelijke eisen aan de herregistratie. Dit komt in de volgende paragraaf aan bod.

Bewezen effectieve verbeterprogramma's

Beroepsbeoefenaren die tijdelijk minder goed functioneren, moeten de gelegenheid krijgen om zich te verbeteren. Daarbij is het de verantwoordelijkheid van de beroepsvereniging en instelling om passende maatregelen voor te stellen respectievelijk toe te passen waarmee risico's voor de patiënt worden voorkómen. Soms is dat het volgen van een extra training om bepaalde competenties bij te scholen, of een langdurig verbeterprogramma, bijvoorbeeld in geval van een verslaving. Maar het kan ook betekenen dat iemand beter naar een ander team overgeplaatst kan worden. Het kan ook zijn dat gedurende een verbeterprogramma er werkzaamheden zijn die iemand niet mag uitvoeren om de patiëntveiligheid niet in gevaar te brengen: dat is aan de instelling of de beroepsbeoefenaar zelf om die verantwoordelijkheid te nemen.

Verbeterprogramma voor verslaafde artsen succesvol
Onderzoeksgegevens uit o.a. Canada en de VS laten zien dat verbeterprogramma's (Physician Health Programs) voor medici vaak effectief zijn. Voor verslavingsproblemen zijn de succespercentages met 75-90 procent[11] hoger dan in de reguliere verslavingszorg. Uit Amerikaans onderzoek[12] bleek dat 88 procent van de artsen die een programma volgden, binnen 2,5 jaar niet meer in de fout ging. Succesfactoren zijn onder meer dat mensen niet alleen de behandeling moeten voltooien, maar daarna ook nog een aantal jaren gemonitord worden. Dat verkleint de kans op terugval sterk. Als stok achter de deur geldt in deze landen dat licenties alsnog kunnen worden ingetrokken als iemand terugvalt.

In Nederland zijn nog vrijwel geen goed uitgewerkte en bewezen effectieve verbeterprogramma's. Wel kunnen verslaafde artsen terecht bij ABS-artsen, een steunpunt voor artsen met een verslavingsprobleem. Na een assessment – waarvoor ze zich vrijwillig moeten aanmelden – krijgen artsen een behandeling aangeboden bij speciaal hiervoor opgeleide behandelaars. In de VS kunnen beroepsbeoefenaren zichzelf aanmelden, maar deelname kan ook opgelegd worden door een *medical board*. Dit is in Nederland op dit moment niet mogelijk. Het steunpunt ABS-artsen is relatief kort geleden gestart, zodat effectgegevens nog niet bekend zijn.
Voor andere beroepsgroepen is nog geen specifiek programma voor verslavingszorg.

[c] Dit sluit aan bij de gedragsregels van de diverse beroepsverenigingen.
[d] Individueel of Groeps Functioneren Medisch Specialisten.
[e] Niet alleen visitatie is een geschikt instrument; dit geldt ook voor andere instrumenten als audits, certificering of accreditatie. Daar waar in deze SGZ visitatie wordt genoemd worden ook deze andere instrumenten bedoeld.
[f] Zowel individueel als groepsgeoriënteerd.

4 Aantoonbaar verantwoord functioneren: wat is daarvoor nodig?

Het realiseren van een cultuur van aanspreken en voortdurend verbeteren is bereikbaar voor alle zorginstellingen en alle beroepsgroepen. Een belangrijk element is de intrinsieke motivatie van beroepsbeoefenaren te benutten. En die motivatie in te zetten om verbetering te realiseren. Bij haar toezicht zal de inspectie van beroepsbeoefenaren en instellingen verwachten dat zij kunnen aantonen dat zij structureel sturen op functioneren.

Good governance

Bij een instelling is de bestuurder het eerste aanspreekpunt voor de inspectie als het gaat over sturen op functioneren. Het hoort bij *good governance* dat instellingen beleid hebben en dat operationaliseren voor sturen op functioneren en daarbij specifiek voor preventie een aanpak van en omgaan met disfunctioneren hebben.
Instellingen moeten kunnen aantonen wat zij hebben gedaan om het functioneren van de betrokken beroepsbeoefenaren te beoordelen en tijdig signalen op te pikken van verminderd functioneren, welke verbeteracties zijn ingezet en welke resultaten zijn geboekt.

Verantwoord functioneren is ook een kwestie van houding en gedrag. Instellingen moeten bevorderen dat er een cultuur is waarin mensen elkaar laagdrempelig kunnen aanspreken en van elkaar willen leren. Sturen op functioneren begint al bij het aannemen van nieuwe medewerkers of het afsluiten van een toelatingsovereenkomst: dat is het moment om te controleren of iemand geen historie van disfunctioneren heeft. Bijvoorbeeld door het opvragen van referenties en een verklaring omtrent gedrag.

De bestuurder moet zich informeren over en sturen op resultaten van de visitaties en beoordelingsystemen. De bestuurder dient inzicht te hebben in de kwaliteit van het functioneren van individuele beroepsbeoefenaren en de afdelingen aan de hand van alle beschikbare bronnen waaronder klachten, patiëntenfeedback, complicatieregistraties etc. De informatie die uit patiëntenfeedback gegenereerd kan worden, is veel beter te benutten dan nu het geval is.

Inbreng van de patiënt

Onderdeel van een aanspreekcultuur is serieuze aandacht voor de inbreng van de patiënt of cliënt. Enerzijds voor de beroepsbeoefenaar zoals artsen door open te staan voor directe feedback, ook van verpleegkundigen, andere disciplines en gegevens over patiëntenervaringen. Anderzijds voor de bestuurder door verschillende signalen van patiënten uit klachten, meldingen, patiënttevredenheidsonderzoek en social media te aggregeren tot een beeld over het functioneren van beroepsbeoefenaren of afdelingen.

Verplichte deelname voor iedereen in de zorg

De inspectie vindt dat alle beroepsbeoefenaren moeten deelnemen aan visitaties of andere vormen van inhoudelijke, collegiale toetsing. Dit geldt ongeacht of iemand in loondienst is of zelfstandig werkt. Consequentie is ook dat bij niet voldoen of niet meedoen, dat gevolgen heeft voor de betrokken beroepsbeoefenaar, al dan niet in de vorm van verbetermaatregelen.
Deelname zou ook vanuit de beroepsorganisaties een beroepsnorm moeten zijn. Dat is nu nog niet voor alle beroepsorganisaties het geval.
De laatste jaren is het in zorginstellingen en binnen beroepsverenigingen steeds gangbaarder geworden periodiek en gericht aandacht te besteden aan het functioneren van beroepsbeoefenaren. Functioneringsgesprekken, intercollegiale evaluaties zoals IFMS/GFMS (medisch specialisten), IF-H (huisartsen) en 360-graden feedback zijn gangbare instrumenten. Dat geldt ook voor visitaties, die echter nog niet voor alle beroepsgroepen en zorgsectoren ingeburgerd zijn.

Visitaties: meer kwaliteit, minder vrijblijvendheid

De kwaliteit van visitaties verschilt nu sterk afhankelijk van de beroepsgroep. Zo vindt de inspectie dat in visitaties alle beroepscompetenties beoordeeld moeten worden, zowel op individueel als op groepsniveau. Degenen die input geven voor visitatie dienen uit verschillende disciplines te komen en ook de patiënt heeft hierin een rol.

Individuele beroepsbeoefenaren zijn nu niet altijd verplicht om iets te doen met de resultaten van een visitatie. En als er signalen uit voortkomen over niet verantwoord functionerende vakgroepen/afdelingen of personen, dringen deze niet standaard door tot de bestuurder. Dat moet wel gebeuren, de bestuurder is verantwoordelijk voor de zorgverlening in zijn instelling onverlet de individuele verantwoordelijkheid. Grotere transparantie en afspraken welke informatie over de uitkomsten van visitaties gedeeld wordt met de bestuurder, zijn belangrijk om de kwaliteit van zorg te borgen.

Herregistratie als ijkmoment voor verantwoord functioneren

Er vindt in het veld veel discussie plaats over de waarde van de huidige herregistratie: het is de vraag hoeveel herregistratie zegt over de kwaliteit van de zorg die een beroepsbeoefenaar levert.
De inspectie pleit voor het stellen van meer inhoudelijke eisen aan de herregistratie. Bijvoorbeeld door als eis te stellen dat een beroepsbeoefenaar deelneemt aan visitaties en aantoonbaar werkt aan verbeterpunten hieruit. Ook na- en bijscholing moet minder vrijblijvend worden: deelname volstaat niet als mensen de scholing niet met een positief resultaat afsluiten.
Op die manier kan herregistratie een belangrijker functie vervullen om de kwaliteit en competenties van beroepsbeoefenaren gedurende hun hele loopbaan te volgen en op peil te houden. Daarmee voldoet de herregistratie ook beter aan maatschappelijke verwachtingen: een geregistreerd beroepsbeoefenaar is dan ook aantoonbaar competent.

Solopraktijken mogen niet achterblijven

Bij veel beroepen in de zorg past een grote mate van zelfstandigheid en autonomie. Juist in solopraktijken is de kans groter dat iemand langdurig onopgemerkt niet goed functioneert, omdat collegiale toetsing en consultatie moeilijker te organiseren zijn. Het is noodzakelijk dat *alle* beroepsbeoefenaren zich toetsbaar opstellen en deelnemen aan vormen van intercollegiale toetsing. Ook solisten moeten kunnen verantwoorden dat zij verantwoord functioneren en kunnen aantonen dat zij zich verbeteren op competentiegebieden die – getuige de uitkomsten van collegiale toetsingen als visitatie – voor hen het meest relevant zijn.

Een netwerkstructuur, met een sociale context waarbinnen afstemming, consultatie en opschaling met andere disciplines mogelijk is, is een voorwaarde voor het signaleren en aanpakken van verminderd functioneren en disfunctioneren.

De inspectie verwacht van beroepsorganisaties dat zij hierin actiever faciliteren, bijvoorbeeld door het stellen van duidelijke normen ten aanzien van de kwaliteit van visitaties en het ontwikkelen van verbeterprogramma's voor zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren. Ook in het opzetten van netwerken kunnen beroepsorganisaties een rol spelen.

Verbeterprogramma's ontwikkelen

Voor beroepsorganisaties en wetenschappelijke verenigingen liggen er veel taken. Naast de kwaliteitsverbetering van visitaties zouden zij verbeterprogramma's moeten ontwikkelen voor individuele beroepsbeoefenaren, om hen te ondersteunen bij het opheffen van tekortkomingen in beroepscompetenties. Belangrijk is dat deze verbeterprogramma's bijgesteld worden op basis van evaluaties, zodat gewerkt wordt aan bewezen effectieve programma's.

Ook voor beoordelingen in hoeverre iemand goed functioneert zouden instellingen en beroepsbeoefenaren bij de beroepsvereniging terecht moeten kunnen.

Opleidingen, her- en bijscholing: alle beroepscompetenties toetsbaar maken

De meeste zorggerelateerde opleidingen zijn ingericht op basis van de beroepscompetenties. Een beginnende beroepsbeoefenaar moet hierdoor kunnen aantonen dat hij of zij over de benodigde competenties beschikt. Voor na- en bijscholing geldt dat er aanbod moet zijn voor alle beroepscompetenties. Er is nog onvoldoende aanbod om aan deze vraag te voldoen. Hier ligt een taak voor opleidingsinstituten en beroepsverenigingen.

Opleidingen tot beroepsbeoefenaar zijn erg belangrijk om de cultuuromslag te maken waarin transparantie en toetsbaar willen zijn vanzelfsprekende waarden vormen. Binnen de curricula van zowel beroepsopleidingen als na- en bijscholing moet voldoende aandacht zijn voor zelfreflectie, effectieve feedback, transparantie, verantwoording afleggen en veilig melden. Samenwerking tussen opleidingen om gezamenlijke normen en programma's te ontwikkelen is hierbij van belang. Een goed voorbeeld is hiervan is de Samenwerkende Opleidingen tot Specialist Ouderengeneeskunde Nederland (SOON).

Zorgverzekeraars: 'fit to practice' als contractvoorwaarde

Verzekeraars kunnen – meer dan nu – bijdragen aan deze ontwikkeling door alleen contracten af te sluiten met beroepsbeoefenaren die aantoonbaar competent zijn en verantwoord functioneren ('fit to practice'). Of door hen gunstiger voorwaarden te bieden. Dit gebeurt nu bij apothekers of fysiotherapeuten die een hogere vergoeding krijgen wanneer hun praktijken zijn gecertificeerd.
Criteria zijn dat beroepsbeoefenaren tenminste voldoen aan de herregistratieverplichtingen en een netwerk voor intercollegiale toetsing om zich heen hebben georganiseerd als zij solistisch werken.

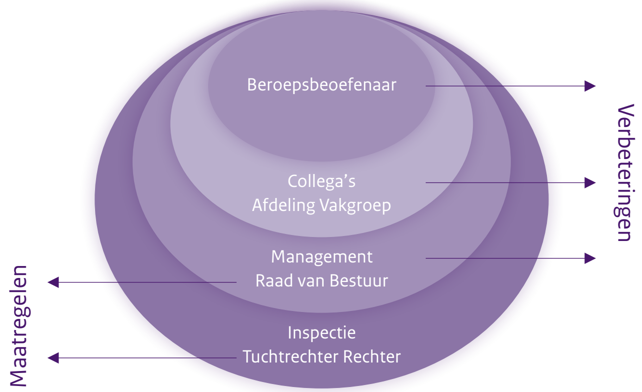
5 Rol van de inspectie

De inspectie treedt op als door disfunctionerende beroepsbeoefenaren of afdelingen de patiëntveiligheid in gevaar is. Aanvullend hierop kijkt de inspectie ook naar de governance van instellingen: sturen zij op het verantwoord functioneren van alle medewerkers. Als dat systeem goed werkt, en een instelling zelf actie neemt als een beroepsbeoefenaar niet verantwoord functioneert, dan hoeft de inspectie niet op te treden.

Toezicht op functioneren

Voor het sturen op functioneren kijkt de inspectie bij risicotoezicht of de bestuurder een adequaat systeem voor het sturen op het functioneren van de medewerkers heeft. De inspectie zal daartoe aandacht schenken aan de wijze waarop zorginstellingen:

- aantonen hoe zij sturen op functioneren van medewerkers door o.a.
  - functionerings- en beoordelingsgesprekken;
  - deelname van beroepsbeoefenaren aan visitaties vanuit de beroepsvereniging of wetenschappelijke vereniging;
  - transparantie van functioneringsbeoordelingen voor de bestuurder;
  - opleidingsbeleid: na- en bijscholing en toetsing gericht op alle competenties;
  - standaard controle bij het BIG-register en opvragen referenties en verklaring omtrent gedrag bij nieuwe medewerkers.
- aantonen hoe zij beleid en implementatie organiseren van veilig melden, aanspreekcultuur, leren van fouten; een open veiligheidscultuur stimuleren;
- aantonen hoe zij meldingen/visie van patiënten of cliënten betrekken bij beoordeling kwaliteit en hoe zij verschillende signalen combineren;
- verantwoorden welke acties zij ondernemen om beroepsbeoefenaren die verminderd functioneren te helpen zich te verbeteren;
- beschikken over protocollen hoe om te gaan met verminderd functioneren en disfunctioneren, waaronder alcohol en middelengebruik en seksueel grensoverschrijdend gedrag;
- borgen dat het beleid rond sturen op functioneren, verminderd functioneren en disfunctioneren bekend is bij alle medewerkers.



Incidententoezicht

Op basis van meldingen onderzoekt de inspectie bij incidententoezicht in hoeverre er sprake is van risico's voor de patiëntveiligheid als gevolg van het mogelijk verminderd functioneren van een beroepsbeoefenaar. In deze beoordeling betrekt de inspectie ook het functioneren van zijn directe omgeving. Tevens kijkt de inspectie of de bestuurder adequaat gestuurd heeft op functioneren.
Indien nodig kan de inspectie een expertise-onderzoek vragen over de mate waarin een beroepsbeoefenaar aan de competenties voldoet en wat er nodig is om verantwoorde zorg te kunnen leveren.

Als uit het onderzoek blijkt dat sprake is van individueel disfunctioneren treft de inspectie maatregelen wanneer de patiëntveiligheid in het geding is. Dit kan zowel de individuele beroepsbeoefenaar betreffen als de instelling.

Handhaving bij individueel disfunctioneren

De inspectie neemt maatregelen als zij van oordeel is dat sprake is van disfunctioneren dat leidt tot risico's voor patiënten.
Indien de disfunctionerende beroepsbeoefenaar in een instelling werkt, spreekt de inspectie de instelling aan. Als dit onvoldoende effect heeft, kan de inspectie de instelling onder verscherpt toezicht plaatsen, een bevel geven of in zeer ernstige gevallen de minister vragen een instelling een aanwijzing te geven. Daarnaast kan de inspectie de individuele beroepsbeoefenaar zelf aanspreken indien deze BIG-geregistreerd is.

Indien een BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar niet binnen een instelling werkzaam is, kan de inspectie een bevel geven, een tuchtklacht indienen of een voordracht bij het College van Medisch Toezicht (CMT) doen in geval van verslaving of andere ziekte. Bij een niet-BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar kan de inspectie dit niet. Alleen bij verdenking van strafbare feiten kan de inspectie aangifte doen bij het Openbaar Ministerie (OM). Overigens kunnen ook instellingen en patiënten of verzekeraars aangifte doen bij het OM of een tuchtklacht indienen en zal de inspectie dit voortaan van instellingen ook vragen bij ernstig normoverschrijdend gedrag.

Hoewel al in het tuchtrecht bevestigd is dat collega's elkaar moeten aanspreken bij zorgen over hun functioneren, sprak de inspectie beroepsbeoefenaren tot nu toe hier zelden op aan. Dit zal de inspectie wel gaan doen.

Summary

Objective: patient safety

Investment in the quality of health care professionals enhances both the quality of care and patient safety. Moreover, continuous investment is essential in order to prevent impairment. For this reason, the State of Health Care Report 2013 (SGZ), published by the Dutch Health Care Inspectorate, is concerned with management practise designed to promote Fitness to Practise. Ensuring that all Dutch health care services are provided in a manner which can be described as 'responsible' is primarily the task of health care practitioners and managers. This report sets out the minimum safeguards that must be in place to promote Fitness to Practise and prevent impairment.

Dutch health care in development

Various field parties are working to implement systems which will ensure management to promote Fitness to Practise. Physiotherapists, midwives, general practitioners and pharmacists have adopted systems of accreditation or certification, while dentists introduced the 'Oral Care Monitor'. Specialists in geriatric care are implementing a system of peer review, while formal assessments ('prof checks') are used by ambulance personnel. One large hospital group has introduced a 'life-phase appropriate' career and personnel policy. The Order of Medical Specialists has produced a policy document concerned with optimum professional performance. It provides various management instruments and clearly designates responsibilities.

Governance

In Dutch health care institutions, the Board of Management is responsible for the system which ensures the competence and professional performance of all staff, not only those who are subject to professional registration requirements. It is important to provide an adequate response when there are concerns about the performance of (a member of) staff, whether on a short-term or ongoing basis. This may involve a remedial measure such as refresher training or (disciplinary) action according to an established protocol.

Individual practitioners

Practitioners who work alone (rather than as a member of a team) should also be subject to peer review and should demonstrate ongoing efforts to improve their professional skills and competences. When there are concerns about the performance of an independent practitioner, his or her colleagues have a clear responsibility to raise their concerns and take appropriate action.

The role of the Health Care Inspectorate

In producing the current report, which is in the nature of a vision and strategy document, the Dutch Health Care Inspectorate wishes to align itself with the current positive developments in Dutch health care. The Inspectorate's regulatory and supervisory framework includes an assessment of management responsibilities and their fulfilment. Direct intervention by the Dutch Health Care Inspectorate in case of professional impairment should be seen as a last resort. However, the Inspectorate will act to resolve any situation in which there is a serious (potential) risk to patient safety. Such a situation should have been prevented from developing by the professional(s) concerned, their colleagues and managers.

Literatuur

[1] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meerjarenbeleidsplan 2012 – 2015, Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg (II), Utrecht, december 2011.

[2] NIVEL, AMC en EMGO+. Onderzoek naar de aard en omvang van de problematiek van disfunctionerende beroepsbeoefenaren in de Nederlandse gezondheidszorg. Januari 2013.

[3] Panteia. Aanpak disfunctionerende beroepsbeoefenaren in de zorg. Leerpunten vanuit een internationale verkenning. November 2012.

[4] Smits M. Unintended events in hospitals: causes and the role of patient safety culture. Thesis, 2009, Amsterdam/VUmc.

[5] Langelaan, M., Baines, R.J., Broekens, M.A., Siemerink, K.M., Steeg, L. van de, Asscheman, H., Bruijne, M.C. de, Wagner, C. Monitor Zorggerelateerde schade 2008: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: NIVEL, 2010, 120 p.

[6] Wagner, C., Smits, M., Wagtendonk, I. van, Zwaan, L., Lubberding, S., Merten, H., Timmermans, D.R.M. Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen: een systematische analyse met PRISMA op afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH), chirurgie en interne geneeskunde. Utrecht/Amsterdam: NIVEL, EMGO instituut, 2008.

[7] Bruijne M.C. de, Zegers C., Hoonhout L.H.F., Wagner C. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. EMGO/NIVEL, Amsterdam/Utrecht, 2007.

[8] De inspectie bracht over deze vorm van disfunctioneren een bulletin uit: Het mag niet, het mag nooit; seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg (2004).

[9] St George I., Kaigas T., McAvoy P. Assessing the competence of practicing physicians in New Zealand, Canada, and the United Kingdom: progress and problems. Family Medicine, 2004, 36:172–177.

[10] Raniga S., Hider Ph., Spriggs D., Attitudes of hospital medical practitioners reporting of professional misconduct. The New Zealand medical journal. NZJM december 2005 vol 118 no 1227.

[11] Pelton C., Physician diverson programme: Californias's experience with successfull graduates. J psychoactive drugs 1993; 25:159-64 volgens Skipper G.E., Campbell D., Dupont R., Anasthesiologist with substance use disorders. A 5-year Outcome studie from 16 state physician health programs. Anest analg 2009; 109:891-6.

[12] Brooks E., Gendel M.H., Early S.R., Physician Boundary Violations in a Physician's Health Program: A 19-Year Review, Journal of the Am Acad Psych Law. 2012.